

<p>Teilnahmeerklärung Hausarzt zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Hessen (HZV-Vertrag)</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden; bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom anstellenden Arzt unterschrieben werden) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">    </div> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG hessenmed</p> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 558 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> <p>Alternativ können Sie Ihre Teilnahme auch online unter folgendem Link https://hausarztservice-online.de/vertraege/hessen/ beantragen.</p>
---	--

I. Persönliche Daten (* Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr <input type="checkbox"/>		
Titel <input type="text"/>		
Vorname* <input type="text"/>		Nachname* <input type="text"/>
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/>	LANR* <input type="text"/>	HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben, insbesondere zur Praxisanschrift, Betriebsstätte, den vorliegenden Qualifikationen und der Kontoverbindung (siehe Punkte II. bis V.) sollen auch für die Teilnahme an diesem HZV-Vertrag verwendet werden. (Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben vorliegen!)		

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR <input type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>	
Mobil <input type="text"/>	

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

Vertragssoftware bereits vorhanden (Teilnahmevoraussetzung vom 01.04.2013 an, vgl. § 3 Abs. 2d), (bitte auf beigefügtem Formblatt angeben)
 Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
 Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, COPD, [Asthma]) (gemäß § 3 Abs. 3f) Teilnahmevoraussetzung ab 01.10.2013) (Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma)

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:

Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG/MVZ	

Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH, Anhang 4 zu Anlage 3) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)

* Mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.

V. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden	
Kontoführendes Institut	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	
VI. Verwaltungskostenpauschale	
Die an den Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% (inkl. gesetzl. USt.) von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes oder von Hessenmed e.V. wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % (inkl. gesetzl. USt.) von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die HÄVG vom Zahlungsbetrag der HZV-Vergütung einbehalten (§ 14 Abs. 2).	
VII. Vertragsbedingungen	
Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere stimme ich zu und ist mir bekannt, dass	
1. HZV-Teilnahme	
<ul style="list-style-type: none"> meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 2); mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können; ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), darunter auch die Erfüllung meiner Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V (§ 3 Abs. 3c), zur Verscherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3), zur Information des Hausärzterverbandes über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 3), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann; ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grund schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben); Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des HZV-Ziffernkranzes bereits jetzt zu; sich die Behandlungsleitlinien gemäß der Anlage 2 ändern können; ich stimme einer Anpassung durch den Hausärzterverband und die Krankenkasse nach billigem Ermessen bereits jetzt zu; die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide; Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsverfahren nach § 16 Abs. 5 und gemäß dem in § 17 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann. die Vergütungspflicht der Krankenkasse und meine Pflichten nach § 3 Abs. 3 bis 5 erst mit dem in § 16 Abs. 2 bestimmten Zeitpunkt bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen. Meine Verpflichtung zur Entgegennahme der Teilnahmeerklärung von Versicherten (§ 6 Abs. 3) besteht ab meiner Vertragsteilnahme (§ 4 Abs. 2). die HZV-Vergütung unter anderem durch Einsparpotenziale, durch Strukturverbesserungen und Effizienzsteigerungen generiert werden soll. Dazu trage ich im Rahmen der Pharmakotherapie/Arzneimittelverordnung, durch leitliniengerechte Steuerung der Versorgung sowie weiteren im Vertrag definierten Zielfeldern bei. 	
2. HZV-Abrechnung und Vergütung	
<ul style="list-style-type: none"> mir der Hausärzterverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt; sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 10 Abs. 1). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt. sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 12 Abs. 2) Im Rahmen dieses bestehenden Dauerschuldverhältnisses ist der Eintritt der Verjährung gekehrt (§ 205 BGB); Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 3 zu Schadensersatzansprüchen führen können; Die HÄVG für den Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 11 Abs. 2 als Zahlstelle entgegennimmt und weiterleitet, in dem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen; die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) spätestens am 01.04.2013 in Kraft tritt und die Vergütungsregelung nach den §§ 1 bis 3 der Anlage 3 durch Einigung der Krankenkasse und des Hausärzterverbandes nach Maßgabe des in § 10 Abs. 4 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 4b; mein Anspruch auf den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“ der Höhe nach veränderlich ist; die Kriterien für die Veränderung bestimmen die Krankenkasse und der Hausärzterverband nach billigem Ermessen (vgl. Anhang 3 zu Anlage 3); Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu; 	
3. Teilnahmemanagement	
<ul style="list-style-type: none"> der Hausärzterverband meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Er ist daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen für mich berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche HZV-Partner im Sinne von § 1 Abs. 4 und § 2 Abs. 3. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15 - 18 und 21. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; der Hausärzterverband befugt ist, im Einzelfall die in der Erklärung angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an den Hausärzterverband oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen. ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computefax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten, bei einem Ausscheiden der HÄVG die HÄVG nach Maßgabe von § 16 Abs. 6 ersetzt werden kann und der Hausärzterverband bis zum Vertragsbeitritt eines neuen Erfüllungsgehilfen die Aufgaben der HÄVG nach dem HZV-Vertrag selbst wahrnimmt. <p>Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstauskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.</p>	

VIII. Datenverarbeitung
<p>Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzterverband sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet. Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 3 HZV-Vertrag) sowie die von mir als Hausarzt dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 und Anlage 3). Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages hat der Hausärzterverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 80 Abs. 5 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler Straße 2, 51149 Köln beauftragt; Darüber hinaus bin ich gem. § 295a Abs. 1 SGB V befugt und verpflichtet, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der Hausarzt-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht. Die Krankenkasse informiert meine HZV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag. Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.
<p>Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale</p>
<p>Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz</p>
<p>Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den AbmeldeLink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.</p>

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt
(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
 bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

Angaben gemäß „Persönliche Daten“

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--